

## Cartas al director

# Espondilodiscitis cervical en paciente en hemodiálisis

L. Mesa\*, N. Esparza\*, C. Villas\*\* y A. Purroy\*

\* Servicio de Nefrología.

\*\* Departamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología.  
Clínica Universitaria de Navarra. Pamplona.

Señor director:

R. A. Novillo y cols., en la carta publicada en NEFROLOGÍA, vol. X, núm. 1, 1990<sup>1</sup>, afirman que la utilización de catéteres venosos como acceso vascular en pacientes hemodializados puede originar complicaciones derivadas de su inserción y manipulación, siendo la más frecuente la infección. Los autores consideran poco usual que un catéter se comporte como foco séptico embolígeno y que secundariamente pueda originar espondilodiscitis, abscesos, septicemia y exitus ulterior del paciente.

Recientemente hemos tenido un caso de una mujer de cuarenta y siete años de edad en programa de hemodiálisis que requirió ingreso en cuidados intensivos por crisis hipertensiva, siendo necesaria la colocación de un catéter yugular derecho para la administración de medicación endovenosa. A las dos semanas de su ingreso presentó dolor cervical intenso, espasmo muscular paracervical, limitación funcional y fiebre. El cultivo del catéter yugular y los hemocultivos fueron positivos para *Staphylococcus aureus*. Se instauró tratamiento antibiótico (vancomicina), sintomático y miorreajante, e inmovilización con collar cervical. Radiográficamente presentaba pinzamiento del disco C<sub>5</sub>-C<sub>6</sub>, con destrucción de los platillos vertebrales supra e infrayacentes, sin fenómenos reparativos, con una angulación cifótica de 15° y aumento de la densidad y espesor de las partes blandas prevertebrales. El TAC cervical mostró alteración de la textura ósea a nivel de C<sub>5</sub> y de C<sub>6</sub> con afectación discal, imágenes de masa de partes blandas, principalmente anterior, y ligera invasión del canal raquídeo. Se realizó punción de la masa prevertebral, siendo el cultivo negativo. A los veinte días, por presentar odinofagia, disfagia e intensa bráquialgia bilateral, se realizó tránsito faringoesofágico, que objetivó aumento de partes blandas en el espacio retrotraqueal correspondiente a la zona de la discitis. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, realizándose limpieza y curetaje de C<sub>5</sub> y C<sub>6</sub> con injerto autólogo tricortical extraído de la cresta iliaca. La biopsia ver-

tebral mostró osteomielitis crónica (cultivo del tejido legrado: negativo). El postoperatorio fue satisfactorio, permaneciendo durante tres meses con un collarete, sin limitación funcional ni compromiso neurológico hasta la actualidad, teniendo lugar una consolidación satisfactoria de la función vertebral realizada.

Las bacteriemias en pacientes en hemodiálisis se producen frecuentemente en relación con el abordaje vascular a través de catéteres intravenosos o punciones de la fistula<sup>2</sup>. Entre otras complicaciones de estos episodios sépticos pueden ocurrir metástasis a distancia tales como artritis séptica<sup>2,3</sup>. Las localizaciones más frecuentes afectadas son la columna vertebral torácica y las costillas<sup>3</sup>. Existe acuerdo general en que el germen causal más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

El pronóstico es mejor en paciente menores de cincuenta años sin enfermedad vascular preexistente y donde el foco primario de infección está identificado y drenado quirúrgicamente<sup>4</sup>. Por tanto, aunque el tratamiento con antibióticos ha mostrado ser eficaz, se admite que es preciso la intervención quirúrgica para establecer el diagnóstico y erradicar definitivamente la infección<sup>5</sup>.

La clínica y la radiología de la espondilodiscitis, al igual que la de cualquier infección osteoarticular, pueden ser similares a las manifestaciones de la osteodistrofia renal, por lo que esta posibilidad debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor óseo en los enfermos en diálisis<sup>3</sup>.

En resumen, el presente trabajo presenta otro caso de espondilodiscitis en un paciente en hemodiálisis y creemos que en este tipo de lesiones debe ser indicado un tratamiento antibiótico y quirúrgico precoz, dada su potencial reversibilidad y las repercusiones que puede comportar.

## Bibliografía

1. Novillo RA, Sánchez O, Marigliano N y Covarsí A: Espondilodiscitis en paciente hemodializado portador de catéter venoso femoral. *Nefrología*, 10 (1):100, 1990.
2. Dobdin JF, Miller MH y Steigbigel NH: Septicemia in patients on chronic hemodialysis. *Ann Intern Med*, 88:28-33, 1978.
3. Leonard A, Comty CM, Shapiro FL y Raji L: Osteomyelitis in hemodialysis patients. *Ann Intern Med*, 78:651-658, 1973.
4. Nolan CM y Beaty HN: *Staphylococcus aureus* bacteremia. *Am J Med*, 60:459-502, 1976.
5. Rowling DE: Further experience in the management of chronic osteomyelitis. *J Bone Joint Surg*, 52:302-307, 1970.

Correspondencia: Liliana Mesa.  
Servicio de Nefrología.  
Clínica Universitaria de Navarra.  
Pío XII, s/n.  
31080 Pamplona.